

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1912

— THÈSE ^{N.} 397
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Par Georges PARAMONOFF

Né à Nijne-Tchirskaya (Russie), le 4 janvier 1885

DU
CHANCRE MIXTE

Président : M. GAUCHER, professeur.

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

—
1912



397

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1912

— THÈSE —

N. —

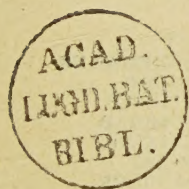
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Par Georges PARAMONOFF

Né à Nijne-Tchirskaya (Russie), le 4 janvier 1885

DU
CHANCRE MIXTE

Président : M. GAUCHER, professeur.



PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1912

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. LANDOUZY.
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	WEISS.
Chimie organique et chimie générale.	GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	ACHARD.
Pathologie médicale	WIDAL.
Pathologie chirurgicale.	TEISSIER.
Anatomie pathologique.	N...
Histologie.	PIERRE MARIE.
Opérations et appareils.	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	HARTMANN.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	MARFAN.
Médecine légale.	CHANTEMESSE.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	THOINOT.
Pathologie expérimentale et comparée	LETULLE.
	ROGER.
	DEBOVE.
Clinique médicale.	LANDOUZY.
	GILBERT.
	CHAUFFARD.
	HUTINEL.
Maladies des enfants.	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	GILBERT BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux.	DEJERINE.
Clinique chirurgicale.	PIERRE DELBET.
	QUENU.
	RECLUS.
	SEGOND.
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	N...
	BAR.
Clinique d'accouchements.	PINARD.
	RIBEMONT-DES-SAIGNES.
Clinique gynécologique.	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	A. ROBIN.

Agrévés en exercice.

MM.			
BALTHAZARD	DESGREZ	LECÈNE	OMBREDANNE
BERNARD	DUVAL (PIERRE)	LENORMANT	PROUST
BRANCA	GOUGEROT	LEQUEUX	RATHERY
BRINDEAU	GREGOIRE	LERI	RETTERER
BROCA (ANDRÉ)	GUENIOT	LOEPER	RICHAUD
BRUMPT	GUILLAIN	MACAIGNE	ROUSSY
CAMUS	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
CARNOT	JOUSSET (ANDRÉ)	MORESTIN	SCHWARTZ
CASTAIGNE	LABBE (MARCEL)	MULON	SICARD
CHEVASSU	LANGLOIS	NICLOUX	TERRIEN
CLAUDE	LAIGNEL-LAVAS-	NOBÉCOURT	TIFFENEAU
COUVELAIRE	TINE	OKINCZYC	ZIMMERN

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR GAUCHER

Membre de l'Académie de Médecine
Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

A M. LE DOCTEUR GOUGEROT

Professeur Agrégé à la Faculté de Médecine

DU CHANCRE MIXTE

INTRODUCTION

Le chancre mixte est-il fréquent ?

Tous les auteurs ne sont pas d'accord sur cette question. Mais le chancre mixte existe et on peut se demander en présence d'une lésion ayant les caractères du chancre mou, si elle a beaucoup de chances d'être un chancre mixte, d'être suivie d'accidents secondaires syphilitiques.

Il existe bien des caractères, suffisant dans beaucoup de cas pour distinguer le chancre mou du chancre induré. La présence des bacilles de Ducrey, les résultats positifs d'une auto-inoculation suffisent toujours pour affirmer l'existence d'un chancre mou.

Mais quand il s'agit d'un chancre mixte, il peut n'exister au début ou pendant toute la durée de l'évolution de ce chancre aucun signe qui pourrait permettre de nier ou d'affirmer la syphilis coexistante cachée par un chancre mou.

En effet dans le cas de chancre mixte les caractères du chancre syphilitique n'apparaissent que tardivement

et peuvent ne pas apparaître. On peut trouver dans l'ulcération des bacilles de Ducrey ; les résultats de l'auto-inoculation peuvent être positifs. Alors que pour affirmer la syphilis avant l'apparition de la roséole on n'a parfois à sa disposition que la réaction de Wassermann. Mais la réaction de Wassermann ne peut être positive que plusieurs semaines après l'infection syphilitique ; quand elle est négative elle ne peut pas écarter le soupçon d'une syphilis existante.

Le diagnostic excluant de la syphilis étant impossible il est important de savoir si le chancre mou coïncide souvent avec la syphilis. Pourtant les auteurs ne sont pas d'accord sur la fréquence de pareils cas. On a même dit que le chancre mixte est d'une extrême rareté. Il est important alors de rechercher sa véritable fréquence ainsi que les causes de la coïncidence de deux affections et avant tout les formes sous lesquelles le chancre mixte se présente, les difficultés du diagnostic du chancre mixte ayant certainement une grande influence sur les divergences d'opinions.

En terminant, nous exprimons notre respectueuse reconnaissance envers M. le professeur Gaucher qui nous a si gracieusement admis dans son service et envers M. le professeur agrégé Gougerot pour ses indications relatives au sujet de notre thèse.

DÉFINITION

Le chancre mixte est dû à l'inoculation simultanée ou successive du chancre mou et de la syphilis.

« Le chancre mixte n'est autre chose que le chancre simple et le chancre induré à l'état de superposition et de coexistence. » (Rollet.)

I. — Description du chancre mixte.

Le chancre mixte peut se présenter sous des aspects différents. Les caractères de ce chancre peuvent varier depuis ceux du chancre mou typique jusqu'à ceux du chancre syphilitique.

Ainsi l'ulcération peut être profonde ou superficielle, ses bords peuvent être irréguliers, déchiquetés, réguliers, taillés à pic, décollés, lisses ; son fond peut être anfractueux, irrégulier, lisse, rouge, jaunâtre suppurant, propre ; la base de l'ulcération peut être indurée ou non, son pourtour peut être envahi de sclérose syphilitique.

Les dimensions, variables, peuvent aller jusqu'aux

dimensions d'une pièce de 5 centimes et plus, mais d'habitude elles sont beaucoup plus petites.

L'ulcération peut être régulièrement ou irrégulièrement arrondie ou ovale ou être en fissure (Observ. 3, 5, 13, 14, 22, 25).

Les manifestations douloureuses sont parfois vives, assez vives pour rendre dans certains cas la marche pénible chez la femme.

Mais souvent, et presque toujours au début, le chancre mixte se présente sous l'aspect d'un chancre mou typique : ulcération plus ou moins irrégulière, profonde, à bords taillés à pic, décollés, irréguliers, à fond jaunâtre, suppurant, anfractueux.

C'est son mode de début le plus fréquent d'après les auteurs et nous le constatons encore dans notre série d'observations.

« Le malade présente une lésion locale qui possède les caractères du chancre mou, mais quelque temps après on voit apparaître chez lui les accidents syphilitiques secondaires. Ces faits ne sont pas rares. » (E. Gaucher.)

Le nombre d'ulcérations est variable. Sur vingt-sept cas nous en avons trouvé quatorze à ulcération unique et treize à ulcérations multiples.

Quand il s'agit d'ulcérations multiples l'une d'elles ou même plusieurs peuvent présenter des caractères de chancre syphilitique alors que les autres conservent leurs caractères de chancre mou.

II. — Induration.

L'induration, manquant au début peut manquer pendant toute la durée du chancre mixte ou apparaître nette, cartilagineuse.

Le plus souvent, dans le cas de contagion mixte simultanée, elle ne survient que tardivement deux à six semaines après le début du chancre. Encore faut-il que la chancrelle soit en train de guérir. En effet on a attribué à la chancrelle une action retardante et détruisante de l'induration syphilitique.

Chez le malade de l'observation 8 elle n'a apparu qu'après six semaines. Chez la malade de l'observation 3 au dernier examen on n'a pas constaté d'induration alors que quinze jours plus tard elle a présenté une éruption de roséole.

Si les lésions de la chancrelle sont de petites dimensions ou si elle est en train de guérir, alors que la sclérose syphilitique existe, ou si la chancrelle se greffe sur un chancre syphilitique préexistant, on verra parfois une partie de l'infiltration syphilitique occupée par des chancres mous.

Chez le malade de l'observation 24 il s'agissait d'ulcérations à fond jaune anfractueux, simulant le chancre mou. Mais il existait de l'induration et un état inflammatoire avec rougeur de la muqueuse dans le voisinage immédiat des ulcérations.

Si l'infiltration syphilitique dépasse de peu l'ulcéra-

tion chancrelleuse on sentira « un bourrelet non ulcéré, « induré entourant tout ou une partie de l'ulcération « ou un infiltrat induré non ulcéré débordant l'ulcéra-
« tion et apparaissant après elle » (Gougerot. *Paris Médic.*, 1912). Si l'induration n'apparaît que tardivement, vers la quatrième semaine après le début du chancre mou, et si ce chancre est en voie de guérison cette apparition tardive peut avoir une grande valeur diagnostique (obs. 20).

Sur 20 malades hommes l'induration a été constatée (dans notre série d'observations) d'une façon nette, dans 14 cas. Elle a été constatée à des délais différents après le début du chancre.

Chez le malade de l'observation 25 elle a déjà été constatée huit jours après le début du chancre (d'après les dires du malade), une fois quinze jours après le début (obs. 24), deux fois trois semaines après le début du chancre (obs. 17, 20), cinq fois plus de six semaines après le début (obs. 8, 10, 13, 16, 18). L'induration n'a été d'ailleurs recherchée qu'à des intervalles plus ou moins éloignés et jamais dès le début. Il s'agit par conséquent des délais maxima.

Par contre un chancre mou peut s'indurer d'après les auteurs, alors qu'il n'est pas compliqué de chancre syphilitique. Cette induration est due alors soit à l'action de certains agents médicamenteux, soit au siège même du chancre, soit à la profondeur de l'ulcération.

Agents médicamenteux. — Ricord en donne la liste : Azotate d'argent, acide nitrique, acide sulfurique, potasse, pâte de Vienne, chlorure de zinc, tous les escharroti-

ques. Sublimé corrosif, chromate de potasse induren le chancre au point de donner le change aux praticiens les plus exercés. Acétate de plomb, alun, vin aromatique, tanin, alcool ; et il insiste particulièrement sur *la cendre chaude de la pipe*.

Le siège même du chancre peut être la cause de l'induration. Les chancres siégeant sur le sillon coronaire, l'orifice urétral, le rebord du prépuce, les grandes et petites lèvres présentent en général une induration souvent considérable de la base (d'après Finger).

La profondeur des lésions peut être la cause de l'induration. « Lorsque l'ulcération a atteint le tissu cellulaire « sous-cutané cette induration *devient aussi cartilagineuse* et plus étendue que celle du chancre syphilitique » (Augagneur.)

La syphilis ancienne d'après Augagneur prédispose à l'induration du chancre mou.

III. — Phimosi inflammatoire

Le phimosis est une complication fréquente du chancre mixte. Nous relevons sa présence onze fois sur vingt cas. Il peut s'agir d'un phimosis inflammatoire banal ou parfois il est induré comme à la suite d'un chancre syphilitique (3 fois sur 11 cas de phimosis).

Le phimosis peut apparaître en même temps que le chancre ou longtemps après son début, parfois un ou deux mois. Il peut persister des semaines et survivre au chancre.

IV. — Adénopathie froide syphilitique.

Quand la période d'incubation de la syphilis est terminée le chancre induré apparaît bientôt suivi d'apparition des ganglions durs, indolents, roulant sous les doigts. Leur époque d'apparition est environ de quatre ou cinq semaines après le coït infectant ou quatre-cinq semaines après le début du chancre mou, en cas de contagion mixte simultanée.

« À cette période l'adénite indurée existe, elle ne
« manque pas plus dans le chancre mixte que dans le
« chancre induré commun. J'ai même assez souvent
« retrouvé *le cordon dur du dos de la verge* qui annonce
« l'extension de la maladie aux vaisseaux comme aux
« ganglions lymphatiques. » (Rollet.) Dans le cas de contagion mixte successive on verra les ganglions froids apparaître presque d'emblée après le début du chancre, si c'est la chancrelle qui est venue la dernière. On verra alors un chancre mou s'accompagner des ganglions syphilitiques. On connaît en effet le bouleversement que produit la chancrelle greffée tardivement sur un chancre syphilitique, bouleversement allant même jusqu'à la disparition de l'induration.

S'il s'agit de la syphilis greffée sur la chancrelle, l'adénopathie froide n'apparaîtra que tardivement sous la dépendance du moment de cette seconde infection.

Il est difficile de déterminer exactement son moment d'apparition dans le cas de chancre mixte. Les malades

ne se décident à se montrer à l'hôpital que tard après le début de leur chancre. Le début de l'adénopathie indolente passe alors souvent inaperçu. Pourtant chez le malade de l'observation 13 on l'a trouvé à l'examen pratiqué quinze jours après le début des chancres (un d'eux ressemblait à un chancre syphilitique alors que les autres étaient des chancres mous).

Cette adénopathie indurée a une grande valeur diagnostique puisqu'elle survient même dans le cas d'un chancre mixte, se présentant sous l'aspect d'un chancre mou, même dans le cas où ce chancre ne présente à aucun moment d'induration.

Nous rappelons à ce propos une des observations de Vidal (*Ann. de Dermat. et de Syphil.*, 1872) :

Un jeune homme vient le consulter pour trois chancres mous datant de six jours. Le dernier rapport sexuel avait eu lieu deux jours auparavant.

Les chancres étaient taillés à pic et avaient tous les caractères des chancres mous. Vers le dix-neuvième jour ils étaient cicatrisés...

« Je crus être en droit de formuler un pronostic rassurant sur les suites de ces ulcérations que je considérais comme des chancres simples ou chancroïdes. Deux mois après j'étais détrompé. Des plaques muqueuses, des commissures labiales et une roséole venaient me prouver que le chancre mou, *le moins suspect d'induration* peut être l'accident initial de la syphilis.

« J'aurai évité ma méprise et les reproches justement mérités qu'elle m'attira, si un mois plus tôt, une dizaine

« de jours après la cicatrisation des chancres, j'avais
« compris la signification de l'engorgement des gan-
« glions inguinaux, sur lequel le malade attirait mon
« attention... »

V. — Adénopathie aiguë et mixte

Dans le cas de contagion mixte simultanée l'adénopathie aiguë ne peut s'observer sans être mixte que si elle survient peu de jours après le début du chancre. Survenue plus tard ou persistante elle devient mixte.

En effet, si l'adénite syphilitique n'apparaît que quatre semaines après l'infection syphilitique, le bubon consécutif au chancre mou ne survient d'habitude lui aussi que de deux à quatre semaines après le début du chancre, et une fois apparu il persiste longtemps. Dans beaucoup de cas on verra, par conséquent, les deux espèces d'adénopathies apparaître presque simultanément et persister pendant quelques mois.

L'adénopathie mixte devrait être fréquente parce que la réaction ganglionnaire est constante dans la syphilis et nous trouvons l'adénopathie aiguë dans 19 observations sur 27 (Cette proportion est beaucoup plus élevée que celle donnée par Rollet qui ne l'a trouvée que dans 10 % des cas de chancres mixtes).

L'époque d'apparition de l'adénite aiguë est variable, tantôt elle suit de peu de jours le chancre (obs. 5, 12, 20), tantôt et plus souvent elle n'apparaît que tardivement. Elle peut n'apparaître même qu'après la guéri-

son du chancre mou. Chez le malade de l'observation 23 le bubon n'est survenu qu'après la cicatrisation de la chancrelle. Ulcéré il s'accompagnait plus tard de ganglions durs, mobiles, indolores. D'autre fois on peut être en présence d'un chancre syphilitique typique, le chancre mou étant guéri complètement, alors que les bubons persistent pour témoigner du chancre mixte (obs. 9).

Un ganglion (un seul le plus souvent) se tuméfie, devient douloureux, se ramollit, la peau devient rouge et le bubon s'ulcère. L'ulcération spontanée du bubon se fait d'habitude tardivement, quelques semaines après son début. Mais l'ulcération du bubon n'est pas fatale.

Parfois un ganglion après avoir été très volumineux, douloureux, à peau rouge, régresse et peut alors présenter les caractères d'un ganglion de type syphilitique (obs. 11).

La durée de l'adénite aiguë est variable, de quelques mois en général. Un bubon peut guérir rapidement après une intervention appropriée telle que la ponction ou l'incision. D'autres fois malgré tous les efforts, un bubon persiste, s'ulcère, se transforme en chancre ganglionnaire qui s'étend aux parties avoisinantes et persiste des mois (obs. 24). Le bubon aigu peut être unique. Mais les bubons aigus multiples ne sont pas rares. Chez le malade de l'observation 21 on constatait : dans l'aîne gauche un bubon du volume d'un œuf de pigeon, avec la peau rouge œdémateuse ; à droite deux énormes bubons ramollis dans le triangle de Scarpa ; en outre un bubon dans l'anneau inguinal droit.

D'autres fois on peut se trouver en présence d'un bubon mixte, c'est-à-dire d'un ganglion induré comme dans l'adénopathie syphilitique et en même temps suppuré.

VI. — Variétés du chancre mixte.

Chancre mixte par inoculation simultanée de la syphilis et du chancre mou

Cette variété du chancre se produit quand le sujet contagionnant, en outre de chancre mou, est atteint de syphilis contagieuse. Alors le chancre mixte se présente d'abord sous forme de chancre mou, les lésions syphilitiques n'apparaissent que quelques semaines plus tard, c'est le cas le plus fréquent d'après les auteurs.

Chancre mixte par inoculation successive.

1° *La syphilis peut se greffer sur un chancre mou.* — Les accidents syphilitiques telle que l'induration du chancre, l'adénopathie syphilitique ou la roséole n'apparaîtront que fort tard après le début du chancre mou. Ce dernier peut persister pendant plus ou moins longtemps. Il y aura alors l'évolution simultanée de deux lésions se rapprochant du cas précédent. Mais le chancre mou peut guérir avant la fin de la période d'incubation du chancre induré et le chancre syphilitique apparaîtra après un intervalle libre.

L'observation 23 peut servir d'exemple d'une telle

combinaison : le 9 décembre 1910 un malade entre à l'hôpital pour un phimosis induré avec la verge en battant de cloche. Il présente un chancre syphilitique induré sous-préputial, une roséole débutante et un bubon abcédé dans l'aîne droite. Ces accidents ont commencé au mois de septembre par un chancre mou suppurant. A ce moment le malade pouvait décalotter. L'induration et le phimosis dataient seulement d'un mois. Le chancre mou a guéri au mois d'octobre. Le bubon consécutif ne s'est abcédé qu'après la guérison du chancre mou.

Chez ce malade il y a deux chancres. Le chancre syphilitique est survenu après la guérison du premier qui ne pouvait être qu'un chancre mou.

L'époque d'apparition du chancre syphilitique ainsi que de la roséole cadre bien avec l'hypothèse d'une infection syphilitique postérieure au début du chancre mou et survenue pendant que le chancre mou évoluait.

2. *Il peut arriver que l'infection par les bacilles de Ducrey se produise vers la fin de l'incubation ou peu après le début du chancre induré.* — On peut alors se trouver en présence d'un chancre présentant les caractères du chancre mou mais s'accompagnant d'induration ou d'adénopathie syphilitique dès le début. On peut aussi trouver plusieurs chancres les uns ayant les caractères du chancre syphilitique, les autres ressemblant à des chancres mous.

Le malade de l'observation 13 présentait quatre ulcérations apparues simultanément. Trois de ces ulcérations étaient petites, anfractueuses, profondes, sans induration. Le quatrième était à bords lisses avec indu-

ration manifeste. On trouvait du côté gauche des ganglions indurés, indolores, et dans l'aîne droite un bubon suppuré.

Il s'agissait chez ce malade d'une infection double non simultanée parce que les ulcérations ont apparu à peu près en même temps alors que la période d'incubation n'est pas la même pour le chancre mou et le chancre syphilitique. L'infection initiale était la syphilis parce que, il existait dès le début, de l'induration et des ganglions de type syphilitique.

3° *La chancrelle peut se greffer sur un chancre syphilitique.* — Il y aura un bouleversement dans la symptomatologie locale.

Le chancre induré pourra prendre les caractères du chancre mou (Rollet, Mauriac, Balzer). Le chancre se creusera, suppurera, souvent donnera lieu à d'autres chancres.

Le chancre syphilitique phagédénique d'après Rollet serait dû souvent à cette cause.

« Le chancre syphilitique apparaît quelquefois le premier, devant la chancrelle de plusieurs jours, de
« plusieurs semaines... Dans un pareil ordre de succession des chancres, le centre du chancre induré se
« dépolit, se creuse, perd sa couleur spéciale ; le fond
« devient irrégulier, tomenteux, jaunâtre, profondément
« déprimé, les bords peuvent se décoller ; la suppuration s'établit abondante ; le noyau d'induration est
« détruit dans une plus ou moins grande profondeur ;
« on l'a vu disparaître en totalité » (Du Castel.)

Alors s'il s'agit d'un sujet peu soigneux de sa per-

sonne, pour lequel un chancre syphilitique peut passer inaperçu on pourra se trouver en présence de faits paradoxaux tel que l'apparition de la roséole dans très peu de jours après le début apparent du chancre :

Une jeune femme entre à l'hôpital pour une ulcération siégeant à la fourchette et apparue dix jours avant. L'ulcération est à bords décollés, à fond suppurant mais rouge, de forme irrégulière; dans l'aîne droite une volumineuse adénopathie très douloureuse, avec la peau rouge très tendue. Le bubon s'est montré en même temps que l'ulcération.

Deux jours après son entrée à l'hôpital la roséole apparaît. On trouve dans l'ulcération des bacilles de Ducrey (obs. 5).

Nous croyons qu'il s'agissait ici d'une infection successive parce que le chancre mou guérit beaucoup plus rapidement, alors que dans l'hypothèse d'une infection simultanée il aurait eu une durée de deux mois environ (apparition de la roséole après la contagion syphilitique) ce qui est rare dans le cas d'ulcération unique. De plus la malade se serait certainement aperçue bien avant de l'ulcération pour cause de manifestations douloureuses.

Que le chancre syphilitique existait depuis longtemps parce qu'on a constaté la roséole.

VII. — Évolution du chancre mixte dû à l'inoculation simultanée.

On sait que le chancre mou débute presque sans période d'incubation. On verra l'apparition de ce chancre de deux à cinq jours après le coït infectant, rarement plus tard. Le chancre mou a une grande tendance à la guérison rapide. Sa durée la plus habituelle est de deux à quatre semaines. Le chancre induré apparaît vers la fin de la troisième ou quatrième semaine après la contagion. Ainsi à cette époque on assistera à la transformation de quelques propriétés de l'ulcération initiale.

La période de début « n'offre jamais les caractères combinés de deux chancres ».

Si la chancrelle a des tendances à la guérison on verra trois ou quatre semaines après le début que « l'ulcération s'élève au-dessus des parties voisines; en même temps son fond se remplit et est moins anfractueux; la sécrétion diminue et devient moins purulente. Enfin le pourtour et la base présentent l'induration chondroïde ou élastique des chancres infectés mais à un moindre degré que lorsque ce dernier est dégagé de toute coexistence avec la chancrelle (Mauriac). » De même d'après Rollet : « le retard du chancre induré sur le chancre simple est même plus marqué cette fois. Il arrive que ce dernier peut non seulement avoir été enlevé par la cautérisation mais encore avoir disparu spontanément et par suite de son évolution régulière

« et normale, quand le premier surgit inopinément dans
« la cicatrice et vient recommencer une maladie qu'on
« croyait finie.

« Le chancre mixte en pleine période de progrès a
« les caractères et les propriétés réunies de deux chan-
« cres qui concourent à sa formation.

« Il est *induré, quelquefois saillant, élevé* ; mais sa
« surface est toujours *assez profondément ulcérée*, elle
« est *grisâtre, anfractueuse*. Les bords sont taillés à
« pic, érodés, déchiquetés. Il suppure abondamment. »

On a pu assister à cette transformation chez le malade de l'observation 11 qui est venu consulter peu de jours après le début des chancres.

En effet trois ou quatre jours après un coït il a vu apparaître dans le sillon balano-préputial de petites ulcérations multiples et suppurantes. Il est venu consulter dix jours plus tard le 24 janvier 1912. On a fait le diagnostic de chancres mous. Pourtant on a trouvé de l'induration à la base d'une de ces ulcérations. Il a été soumis au traitement par l'orthoforme.

Le 6 février 1912 (c'est-à-dire vingt-cinq jours environ après le début) il entre à l'hôpital pour un bubon énorme inguinal droit douloureux, qui a paru quinze jours après le début des chancres. Les petites ulcérations préputiales se cicatrisent. Elles deviennent d'aspect *propre*, de couleur *chair musculaire*, nettement *indurées*, à la palpation. débordées par un *bourrelet*. Pas de lésions cutanées. Réaction de Wassermann *négative*.

Le 4 mars le malade revient avec l'induration non douteuse d'une des ulcérations à fond vermoulu, avec

ressaut cartilagineux. On refait la réaction de Wassermann qui est positive pour cette fois.

Ainsi on a pu assister dans l'espace de quelques semaines aux transformations suivantes des caractères des ulcérations :

Suppuration qui disparaît en quinze jours alors que les ulcérations persistent.

Couleur qui devient celle de chair musculaire.

Induration qui envahit toutes les ulcérations, alors que dix jours après le début elle n'existait qu'à la base d'une seule ulcération et donnant la sensation de res-saut cartilagineux quand le malade décalotte.

Apparition d'un bourrelet débordant les ulcéra-tions.

Enfin, *la cicatrisation de toutes* ces ulcérations sauf une, qui est à fond vermouse, à base indurée et qui per-siste encore deux mois après.

Le diagnostic du chancre mixte a été confirmé par la réaction de Wassermann, positive, deux mois après le début du chancre (alors qu'elle a été négative la première fois faite trois semaines après le début du chancre).

Chez le malade de l'observation 9 on trouvait un chancre avec tous les caractères du chancre syphilitique et il ne restait pour témoigner du chancre mixte que des bubons énormes suppurés nécessitant l'intervention chirurgicale.

Chez le malade de l'observation 26 l'ulcération suppurait d'abord, puis elle est devenue plane, propre, de couleur chair musculaire.

Mais les chancres mixtes à évolution schématique

comme chez le malade de l'observation 11 ne se voient pas toujours.

On peut se trouver en présence d'une lésion chancreuse plus ou moins vaste qui persiste jusqu'à l'apparition de la roséole.

La malade de l'observation 3 est entrée à l'hôpital le 12 novembre pour une ulcération siégeant à la fourchette, ulcération à bord taillés à pic, non réguliers, à fond lisse, *très douloureuse* au toucher, *sans induration*. En même temps elle présentait une adénite très douloureuse.

Ce chancre persistait sans changements dans ses caractères jusqu'au 30 novembre, jours de l'apparition de la roséole.

D'autre fois la roséole peut apparaître après une ulcération ayant les caractères du chancre mou, cicatrisée plus ou moins rapidement.

La malade de l'observation 2 présentait une ulcération unique, à bords nets, creuse, grande comme une pièce de 5 centimes. Elle est sortie de l'hôpital après un séjour de six semaines avec l'ulcération cicatrisée. Mais elle est revenue quinze jours plus tard avec une roséole très nette. On n'a pas trouvé d'autre lésion ni à l'anus ni à la vulve qui pourrait faire penser à un chancre induré.

De même le malade de l'observation 27 présentait un chancre mou du frein s'étendant en longueur de trois centimètres environ et compliqué de paraphimosis. Cette ulcération a guéri deux mois et demi après son début. Un mois plus tard le malade est revenu avec une roséole généralisée.

Ces formes de chancre mixte difficiles à reconnaître se voient surtout quand il s'agit d'une lésion chancrelleuse de vastes dimensions et quand le chancre mou coexistant n'a pas de tendances à guérir, quand il dure très longtemps en survivant, pour ainsi dire, au chancre induré.

VIII. — Durée du chancre mixte.

La durée exacte serait difficile à déterminer, les malades des hôpitaux précisent mal d'habitude le moment d'apparition du chancre. On a trouvé : trois semaines (obs. 20), quatre semaines (obs. 5), un mois (obs. 16) et plus de deux mois dans les observations 27, 4, 15) 21, 22.

Chez les malades des quatre dernières observations, il s'agissait d'ulcérations multiples de même que chez le malade de l'observation 16.

IX. — Époque d'apparition de la roséole.

Pour les mêmes raisons elle est difficile à déterminer. Grandes variations d'ailleurs en cas de contagion double non simultanée ; on a trouvé (d'après les dires des malades) : *dans l'observation 5* douze jours après le début du chancre.

Il s'agissait dans ce cas très vraisemblablement de la chancrellisation très tardive d'un chancre syphilitique existant depuis longtemps, mais passé plus ou moins

inaperçu par la malade) ; *dans l'observation 22* un mois et demi ; deux mois et demi dans les *observations 2, 16.*

X. — Diagnostic de la syphilis cachée par le chancre mou.

Le chancre mixte n'est parfois qu'un chancre mou suivi d'accidents syphilitiques secondaires ; c'est à dire que fréquemment le diagnostic de la syphilis coexistante est impossible avant l'apparition de la roséole (Observ. 3, 5, 27, 2) ce qui est surtout fréquent chez la femme. Mais pendant cette longue période (entre le début du chancre et l'apparition de la roséole) il peut se produire des modifications locales qui permettent de soupçonner ou d'affirmer même la contagion mixte.

Ces modifications sont déjà en grande partie décrites.

Nous donnons en résumé les caractères sur lesquels M. Gougerot a dernièrement insisté, caractères permettant de dépister la syphilis cachée par le chancre mou, à savoir :

Induration de la base ;

Bourrelet non ulcéré, induré, entourant tout ou partie de l'ulcération de la chancelle ;

Infiltrat induré, non ulcéré, débordant l'ulcération et apparaissant après elle ;

Persistance d'une ulcération propre, de couleur chair musculaire, plusieurs jours après la disparition de la suppuration ;

Ganglions durs, indolents, mobiles, isolés ou asso-

ciés au bubon de la chancelle, du même côté ou du côté opposé ;

Phimosis dur scléreux, empêchant de découvrir le gland.

D'autre part il recommande la recherche du tréponème à l'ultra-microscope : « Les examens de pus à l'ultra-microscope, le plus souvent ne révèlent que le bacille de Ducrey... Au contraire, dans la paroi le tréponème persiste ; c'est donc dans le raclage de la paroi, ou mieux dans la sérosité obtenue en grattant les bords du chancre avec une pipette, qu'il faudra rechercher le tréponème. »

Mais il insiste sur la réaction de Wassermann :

« Les réactions de Wassermann-Neisser-Bruck, pratiquées dans les premières semaines sont négatives. C'est qu'en effet la réaction de W.-N.-B. ne devient positive qu'après le vingtième ou le vingt-cinquième jour dans le chancre syphilitique ; il ne faut donc (admettant que le chancre syphilitique apparaît du vingt-et-unième au vingt-huitième jour après le chancre mou) attribuer toute sa valeur à la réaction de W.-N.-B., que quarante jours, ou plutôt cinquante-cinq à soixante jours en moyenne après le début du chancre mou. » (Gougerot, *Paris Médic.*, 1912.)

XI. — Fréquence du chancre mixte d'après les auteurs

Les auteurs ne sont pas d'accord sur la fréquence du chancre mixte.

Rollet qui le premier a décrit le chancre mixte donne 5 chancres mixtes pour 100 chancres mous (*Rollet, Traité des Maladies vénériennes, 1866*).

Fournier le croyait beaucoup moins fréquent. Ainsi en discutant le diagnostic du chancre mou au moyen de l'auto-inoculation il écrit :

« ... La production d'un chancre est bien plus significative. Elle témoigne d'une façon certaine que l'ulcère dont le pus a été expérimenté est un chancre et un chancre simple. Il n'est en effet que le chancre simple dont le pus soit auto-inoculable. Une seule cause d'erreur mérite d'être mentionnée, *sans parler de ces cas complexes et tout à fait exceptionnels où deux virus peuvent être en quelque sorte superposés* sur la même ulcération (chancre mixte). » (Article « Chancre » du *Nouveau Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie, 1866*).

Mauriac ne croit pas non plus à la grande fréquence du chancre mixte. Ainsi il écrit :

« Nous avons bien moins qu'alors l'occasion de rencontrer le chancre mixte dans la pratique. Mais quoi d'étonnant à cela ? Est-ce que l'un des facteurs, le chancre simple, n'a pas perdu la prédominance numérique qu'il avait autrefois ? Il fut un temps où il est

devenu d'une rareté si grande qu'on n'en voyait quelquefois qu'un ou deux par semaine à la consultation de l'hôpital du Midi : *Jamais ou presque jamais alors nous ne rencontrions le chancre mixte*. Quand plus tard, après 1875, la chancelle se multiplia et devint presque aussi fréquente que le chancre infectant, les cas de chancres mixtes réapparurent. J'en ai observé quelques-uns dans ces derniers temps, à la fin de 1879 ; mais il faut reconnaître qu'ils restent toujours exceptionnels et sont loin d'être aujourd'hui comme à l'époque où M. Rollet faisait ses belles recherches dans la proportion de 7 % (1). » (Mauriac. *Leçons sur les Maladies vénériennes* 1883.)

Audry est d'accord avec les auteurs précédents et écrit du chancre mixte : « Heureusement il est exceptionnel ; on le voit surtout au cours d'épidémie du chancre simple ». (*Précis des Maladies Vénér.* 1910.)

Gaucher insiste, par contre, sur la fréquence des lésions possédant les caractères du chancre mou et suivies d'accidents syphilitiques secondaires. (E. Gaucher. *Le chancre et les syphilides* 1907).

Balzer attribue à la fréquence du chancre mixte le rôle principal dans la confusion qui régnait pendant des siècles sur les deux espèces de chancre. (Balzer, *Maladies vénériennes* dans le traité de Brouardel et Gilbert.)

Gougerot insiste lui aussi sur la fréquence du chancre mixte et affirme que ce chancre est beaucoup plus fréquent, au moins à Paris, que le chancre mou. (Gougerot, *Paris Médical*, 1912.)

1. Par rapport au chancre induré.

XII. — Causes de divergences d'opinions

Les causes de divergences d'opinions sont multiples.

L'extrême variabilité de la fréquence de la chancrelle doit être citée tout d'abord. En effet, on l'a vu presque totalement disparaître alors que sans elle le chancre mixte ne peut pas exister.

Les difficultés du diagnostic du chancre mixte doivent entrer en ligne de compte et pour une large part. Pour affirmer la double infection la surveillance de quelques semaines, parfois de quelques mois, est nécessaire. Il est presque exceptionnel de voir le chancre mixte se présenter au début avec la double symptomatologie.

D'habitude on se trouve en présence d'un chancre mou et ce n'est que quelques semaines plus tard que la transformation se produit. Il arrive même que l'on constate la persistance de la chancrelle pendant des mois jusqu'à l'apparition de la roséole, par exemple. Le chancre syphilitique peut alors passer complètement inaperçu ; cela se voit surtout chez la femme. D'autre part on voit trop souvent les malades quitter rapidement l'hôpital, n'y plus revenir, et refuser de faire la réaction de Wassermann. Cette réaction a pourtant une grande importance. Dans beaucoup d'observations de chancre mixte que nous possédons, la syphilis n'a pu être dépistée avant la roséole que grâce à cette réaction.

En ce qui concerne les auteurs d'il y a quelque quarante ans il y a peut-être lieu de tenir compte des idées qu'on avait autrefois sur les deux espèces de chancres.

A ceux qui ont vu naître la doctrine du dualisme, à ceux qui tenaient par réaction toute naturelle à ce que les deux espèces de chancre n'aient rien de commun, rien de pareil, rien qui pourrait les rapprocher, à tous il leur était probablement fort difficile d'admettre la fréquence d'une forme se rapprochant du chancre des unicistes.

D'autre part la syphilis survenue antérieurement est fréquente chez les sujets atteints de chancre mou. Nous l'avons trouvé dans 24 observations sur 97. Cette proportion devrait être augmentée, puisque les malades des hôpitaux oublient trop facilement la syphilis.

Mais le chancre mixte ne peut survenir chez les syphilitiques et alors il pourra devenir d'une rareté extrême dans un milieu où la syphilis est trop fréquente.

XIII. — Influence des variations de la fréquence du chancre mou sur la fréquence du chancre mixte.

Le chancre mixte est le résultat d'une double infection. Sa fréquence devrait varier selon la fréquence du chancre mou et du chancre syphilitique, mais le chancre syphilitique varie peu alors que la chancrelle subit des oscillations énormes. C'est presque à elle seule par conséquent que sont dues les variations de la fréquence du chancre mixte. Nous rappelons les statistiques de Mauriac faites à la consultation de l'hôpital du Midi. Ce dernier a observé

En 1869	367	chancres mous
— 1870	212	—
— 1871	794	—
— 1872	914	—
— 1873	625	—
— 1874	58	—
— 1875	63	—
— 1876	64	—
— 1877	100	—
— 1878	136	—
— 1879	606	—
— 1880	1.252	—

Avec un minimum de 58 chancres mous en 1874 et un maximum de 1.252 en 1880. C'est-à-dire que sa fréquence a varié dans un rapport de 22 à 1.

Alors que pour le chancre syphilitique les oscillations sont beaucoup moins fortes ; ainsi il a observé également :

En 1869	680	chancres syphilitiques
— 1870	364	—
— 1871	247	—
— 1872	561	—
— 1873	548	—
— 1874	372	—
— 1875	352	—
— 1876	282	—
— 1877	234	—
— 1878	365	—
— 1879	712	—
— 1880	828	—

Avec un minimum de 234 cas en 1877 et un maximum de 828 en 1880, sa fréquence, par conséquent, n'a varié que dans un rapport de 3 1/2 à 1.

•
* *

La fréquence de la chancrelle varie beaucoup, non seulement selon les années, mais aussi selon les classes de la société. Elle est surtout fréquente dans les classes pauvres où les notions d'hygiène n'existent presque pas. (Le Fort, Mauriac, Augagneur.)

On lit dans l'article « Chancre de Fournier :

« Nul doute que parmi les gens du peuple, dans les
« classes qu'on voit aux consultations ou dans les ser-
« vices d'hôpital le chancre simple ne soit notablement
« plus fréquent que le chancre syphilitique. Cela res-
« sort évidemment des statistiques suivantes :

« Sur 341 malades observés à la consultation du Midi
« j'ai observé :

« Chancres syphilitiques . . . 126

« Chancres simples. . . . 215

« Bien au contraire dans la clientèle de la ville le
« chancre simple est notablement plus rare que le chan-
« cre syphilitique, c'est là une différence qui m'a frappée
« d'une façon très manifeste et que je puis préciser en
« chiffres comme il suit :

« Malades affectés de chancres syphilitiques . . 252

« Malades affectés de chancres mous 82 »

C'est-à-dire que même à l'époque où la chancrelle

était autrement répandue elle était six fois moins fréquente dans les classes riches.

∴

On ne fait pas, d'habitude, de différence entre la fréquence absolue du chancre mixte et sa fréquence par rapport au chancre mou.

Le chancre mixte peut devenir rare. Cette rareté tient souvent à ce que le chancre mou lui aussi est devenu rare. Mais le chancre mixte chez ceux qui s'exposent à contracter le chancre mou peut être fréquent même dans ce cas, et c'est la question de savoir si la chancrelle a beaucoup de chances de coïncider avec le chancre induré qui est important surtout.

En effet, si la chancrelle augmente dans de grandes proportions le chancre mixte devient plus fréquent, tous les auteurs sont d'accord. Mais dans le cas d'une grande épidémie elle aura plus de chances par les hasards de la contagion de fuir, de s'écarter de la syphilis, de se transmettre à l'état pur, de pénétrer dans les différentes classes de la société.

Alors on constatera souvent que la chancrelle reste ce qu'elle est.

Au contraire si la chancrelle diminue, devient rare, comme on le constate maintenant à Paris, ou comme Mauriac l'a vu presque disparaître en 1874-1876, elle se cantonnera là d'où elle vient, c'est-à-dire dans le milieu de la prostitution clandestine de bas étage, son foyer principal reconnu comme tel depuis Fournier, Le Fort, Mauriac.

D'après les statistiques de Schperk la syphilis contagieuse s'observe chez les prostituées de 15 à 20 ans dans la proportion de 50 %.

Il est logique d'admettre que chez les prostituées atteintes de chancre mou, la syphilis contagieuse se rencontre au moins avec la même fréquence et peut-être davantage, puisque l'ulcération chancrelleuse ne peut que favoriser la réceptivité à la syphilis.

Cette coïncidence ne peut nous étonner puisqu'il s'agit de prostituées pauvres n'ayant pas la possibilité de se soigner ni de s'arrêter, prostituées qui propagent la chancrelle pendant toute la durée de leur maladie et donnent la syphilis en plus. Cette coïncidence forcée des deux affections peut expliquer la fréquence du chancre mixte chez ceux qui s'exposent à contracter le chancre mou.

Mais la chancrelle ne se voit pas que chez les prostituées. Dans de rares cas où elle apparaît ailleurs elle coïncide souvent avec la syphilis contagieuse survenue antérieurement au chancre mou.

Chez les femmes atteintes de chancrelle et soignées dans le service de M. le professeur Gaucher, nous avons trouvé la chancrelle coexistant avec la syphilis secondaire avec la même fréquence que la chancrelle sans syphilis coexistante.

Ainsi il faut admettre que la chancrelle n'est souvent que l'indice d'un genre de vie particulier qui mène ou coïncide forcément avec la syphilis.

On ne voit plus la chancelle avec la même fréquence qu'autrefois. En la comparant maintenant à la fréquence du chancre induré nous avons trouvé qu'elle est trois fois moins fréquente.

Par contre le chancre mixte se voit beaucoup plus souvent que ne l'ont vu les auteurs d'il y a quelque quarante ans.

Parmi les malades soignés dans le service de M. le professeur Gaucher pendant les années 1910-1911, nous avons trouvé :

Malades atteints de chancres mixtes	33
Malades atteints de chancres mous	64
Malades atteints de chancres syphilitiques . .	196

XIV. — Causes de la fréquence des chancres mixtes.

Ces causes sont l'extrême fréquence de la syphilis contagieuse chez les sujets atteints de chancres mous, la possibilité de contagion mixte successive et enfin les conditions dans lesquelles la contagion se produit.

XV. — Les conditions de la contagion.

Ces conditions sont à peu près les mêmes pour le chancre mou que pour la syphilis. Dans la grande majorité des cas la chancelle est prise comme la syphilis pendant les rapports sexuels. Le contact seul ne suffit pas. On admet que pour le chancre mou une solution de continuité est nécessaire.

Ce sont d'après Jullien les déchirures accidentelles produites pendant le coït, les ulcérations chroniques des individus arthritiques, les excoriations déterminées par écoulement des liquides normaux (urine) ou pathologiques (blennorrhagie), la présence des lésions ulcéreuses et d'éruptions.

Ce sont aussi des conditions largement suffisantes pour la contagion syphilitique. D'autre part si on peut admettre que la syphilis est quelquefois plus facilement transmise que la chancrelle, le contraire ne semble pas possible. Nous voulons dire que si les conditions sont suffisantes pour l'infection chancrelleuse elles sont *toujours* alors suffisantes pour l'infection syphilitique.

Pour la transmission des bacilles de Ducrey, il faut être dans des conditions suffisamment favorables.

Nous rappelons à ce sujet les expériences de Jullien :

« Du pus chancreux était déposé sur la face antérieure de la cuisse ; avec la pulpe du doigt nous frottions pendant un certain temps, de façon à mettre le pus en rapport aussi intime que possible avec les éléments de la peau, et parfois même il nous est arrivé d'user la couche superficielle de l'épiderme.

« Nous recouvrons ensuite la partie ainsi préparée
« avec du diachylon. Or dans nos très nombreux essais
« il ne nous est pas arrivé une seule fois de voir se produire la pustule chancreuse.

« Bien plus, nous avons été dans un certain nombre
« des cas jusqu'à épiler la surface sur laquelle nous
« expérimentions pensant ainsi offrir au virus une porte
« un *foramen contagiosum*. Eh bien ce pus si âcre, si

« irritant a témoigné dans cette nouvelle série des expériences de l'innocuité la plus complète. »

Cette nécessité d'une solution de continuité pour que la chancrèllisation se produise oblige d'admettre qu'un sujet sain ayant eu des rapports sexuels avec un autre atteint de chancrèlle et de syphilis contagieuse en même temps, prendra certainement la syphilis s'il se trouve dans des conditions suffisantes pour prendre le chancre mou.

XVI. — Fréquence de la syphilis contagieuse chez les sujets atteints de chancre mou.

En étudiant les observations des malades atteints de lésions chancrèlles, nous avons trouvé pour les années 1910-1911 :

Chez les femmes : 32 cas qui se décomposaient en :

Malades atteintes de chancres mixtes	9
Malades atteintes de chancres mous et présentant en même temps des lésions syphilitiques de la période secondaire.	11
Malades atteintes de chancres mous, mais syphilitiques depuis plus longtemps.	2
Malades atteintes de chancres mous sans syphilis constatée	11

C'est-à-dire que sur 32 cas il y en avait 20 au moins, soit plus de 60 %, de femmes qui pouvaient donner le chancre mixte.

Chez les hommes : 65 cas qui se décomposaient en :

Malades atteints de chancres mixtes	24
---	----

Malades atteints de chancres mous et d'accidents syphilitiques secondaires en même temps . . .	4
Malades atteints de chancres mous, mais syphilitiques depuis plus longtemps.	7
Malades atteints de chancres mous très suspects au point de vue de chancre mixte, mais chez lesquels la syphilis n'a pu être prouvée d'une façon absolue, pour cause de départ rapide de ces malades.	5
Malades atteints de chancres mous sans syphilis constatée	25
Soit plus de la moitié des malades qui pouvaient transmettre le chancre mixte.	

On voit, par cette petite statistique que les femmes donnent plus de chancres mixtes qu'elles n'en reçoivent, alors que les hommes donnent moins de chancres mixtes qu'ils n'en reçoivent. Nous croyons que la condition la plus favorable à la propagation du chancre mixte est la coexistence de la syphilis secondaire chez les sujets atteints de chancre mou parce que la syphilis secondaire dure longtemps, alors que le chancre syphilitique ne dure que quelques semaines, et la chancrelle peut survenir plusieurs fois chez le même sujet.

En effet, alors que parmi les femmes il y avait neuf malades atteintes de chancre mixte et onze malades atteintes de chancre mou et de lésions syphilitiques secondaires en même temps, parmi les hommes il y avait vingt-quatre malades atteintes de chancre mixte et quatre seulement atteints de chancre mou et de syphilis secondaire en même temps.

C'est une preuve que le rôle principal de la propaga-

tion du chancre mixte revient surtout aux femmes, alors que les hommes subissent en cas de chancre mixte un isolement involontaire grâce aux manifestations douloureuses ; et d'autre part la syphilis secondaire semble, chez eux, coexister avec la chancelle moins fréquemment que chez les femmes.

D'après la statistique précédente, on voit que la syphilis coexistait avec la chancelle dans un tiers des cas chez les femmes et environ dans plus de la moitié des cas chez les hommes.

En Autriche, on a trouvé des proportions analogues :

En effet, A. Brandweiner a relevé à Vienne dans la clinique du professeur Finger :

Femmes : 939 cas de chancre mou dont 616 coexistaient avec la syphilis.

Hommes : 980 cas de chancre mou dont 245 coexistaient avec la syphilis. (*Arch. für dermat. und syph., Wien und Leipzig, 1908*).

VII. — Contagion mixte successive

On peut admettre, d'après l'étude de la plupart des observations de chancre mixte, que la coexistence de la syphilis contagieuse chez les sujets atteints de chancre mou donnant lieu à la contagion mixte simultanée est la principale cause de la propagation des chancres mixtes. Mais elle n'est pas la seule. Le chancre mou n'étant le plus souvent qu'un indice de pauvreté, de débauche, d'absence de notions hygiéniques, on ne s'étonnera pas

de constater des cas de contagion mixte successive. La chancrelle peut se greffer sur un chancre syphilitique, L'indolence du chancre syphilitique, l'ignorance des malades sont les causes de cette variété. Une des malades de notre série d'observations racontait qu'elle ne s'était aperçue de la chancrelle que dix jours avant l'apparition de la roséole et pourtant elle n'avait qu'une seule ulcération.

D'autre part, le chancre mou avec son ulcération profonde ne peut que favoriser la réceptivité à la syphilis. Un chancre syphilitique peut se greffer sur un chancre mou.

Chez un autre malade, il s'agissait d'un chancre mou guéri en quelques semaines, puis d'un chancre induré apparu après la guérison du premier et pendant que le bubon chancrelleux persistait encore,

L'existence de ces variétés de contagion double non simultanée est une preuve de plus que le chancre mou n'est que le témoignage d'un genre de vie particulier qui mène presque toujours à la syphilis.

XVIII. — Fréquence du chancre mixte

En présence d'une ulcération ayant les caractères du chancre mou on peut se demander si elle a beaucoup de chance d'être un chancre mixte, d'être suivie d'accidents secondaires syphilitiques.

Un chancre mou peut survenir chez un sujet atteint déjà de syphilis. Pareille combinaison s'observe fréquemment et ces cas doivent être éliminés d'une sta-

tistique de chancres mous établie dans le but d'évaluer la fréquence du chancre mixte chez ceux qui s'exposent à contracter le chancre mou et indemnes de syphilis.

Sur 97 cas de chancre mou traités pendant les années 1910-1911 (service de M. le professeur Gaucher) nous avons trouvé :

Chancres mous coexistants avec le chancre induré.

(Chancres mixtes). 33

Chancres mous 64

De ces 64 cas il faut éliminer :

24 cas de chancres mous survenus chez des sujets atteints de syphilis antérieurement.

5 cas très suspects au point de vue de chancre mixte où on n'a pu affirmer le diagnostic, les malades ayant quitté l'hôpital trop rapidement.

Nous n'avons par conséquent à opposer aux 33 chancres mixtes que 35 chancres simples, c'est à dire qu'un chancre mou au début a au moins 50 % de chances d'être mixte.

Mais cette proportion doit être encore augmentée. En effet, il faut éliminer davantage le nombre des malades ayant eu la syphilis antérieurement. Les malades nient trop souvent la syphilis alors qu'ils en sont atteints.

Il faut augmenter d'autre part le nombre de chancres mixtes. Parmi les trente-cinq malades atteints de chancres mous il y en avait plusieurs n'ayant fait à l'hôpital qu'une courte apparition, alors que les signes du chancre mixte telle que l'induration ou l'adénopathie syphilitique, n'apparaissent le plus souvent qu'au bout de quelques semaines.

OBSERVATIONS

Observation I

(Service de M. le professeur Gaucher.)

M^{lle} P... Alice, 20 ans, cuisinière.

Le 12 février 1910. — La malade entre à l'hôpital pour des chancres mous siégeant à la fourchette et ayant débuté il y a un mois. La malade présente une adénopathie inguinale bilatérale.

Du côté droit on note un volumineux ganglion avec périadénite, très douloureux et fluctuant.

Le 29 mars 1910. — Les lésions de la vulve sont guéries.

Dans l'aîne droite la malade présente la cicatrice d'un bubon suppuré et sur tout le tronc une roséole.

La réaction de Wassermann est positive.

Observation II

(Service de M. le professeur Gaucher.)

M^{lle} C... Jeanne, 19 ans, modiste.

Le 27 septembre 1910. — Depuis quinze jours la malade a présenté une ulcération vulvaire.

Examen de la vulve. — Ulcération unique, creuse, de la face

interne de la grande lèvre gauche, à bords nets. L'ulcération est grande comme une pièce de cinq centimes. Rien à l'anus.

On ne trouve rien sur la peau ni dans la bouche.

Le 12 novembre 1910. — Cicatrisation de l'ulcération. La malade sort sur sa demande.

Le 29 novembre 1910. — Depuis trois ou quatre jours la malade présente une roséole absolument nette sur le thorax et le dos.

Observation III

(Service de M. le professeur Gaucher.)

M^{me} C... Eugénie, 19 ans, ménagère.

Début il y a huit jours.

Le 12 novembre 1910. — La malade présente: une ulcération à bords taillés à pic non réguliers comme contours, à fond lisse nullement bourbillonneux. Cette ulcération est située au niveau de la fourchette.

Douleur très vive au toucher. *Pas d'induration.*

Adénite inguinale gauche, énorme, très douloureuse.

Le 14 novembre 1910. — Même état.

Le 28 novembre 1910. — Même état.

Le 28 novembre 1910. — Le chancre étant ulcéreux et irrégulier, est aujourd'hui rouge, non suppurant. Mais l'adénopathie inguinale gauche est franchement suppurée.

Le 30 novembre 1910. — Roséole. Ouverture spontanée de l'adéno phlegmon inguinal gauche.

Le 2 décembre 1910. — Plaque muqueuse sur l'amygdale gauche.

Observation IV

(Service de M. le professeur Gaucher.)

M^{lle} V... Lucienne, 22 ans, bonne.

Le 14 février 1911. — Début il y a un mois et demi par une « fissure anale ». Actuellement roséole généralisée. Lésions chancrelles de tout le pourtour anal. Examen microscopique du pus positif au point de vue des bacilles de Ducrey.

Observation V

(Service de M. le professeur Gaucher.)

M^{lle} C... Louise, 18 ans, fille de salle.

Le 10 juin 1911. — A la fourchette, ulcération lenticulaire apparue il y a dix jours. Elle est à bords décollés à fond suppurant mais rouge, à contours irréguliers mais saillants. Il n'en existe qu'une.

Dans l'aîne droite volumineuse, adenopathie très douloureuse. La peau est rouge et très tendue.

Le bubon qui s'est montré en même temps que l'ulcération est actuellement rouge et en voie de suppuration.

Traitement : Teinture d'iode et iodoforme.

Le 12 juin 1911. — Roséole typique des bras.

Examen bactériologique, présence des bacilles de Ducrey.

Le 14 juin. — Ponction du bubon.

Le 21 juin. — Réaction de Wassermann positive.

Le 29 juin 1911. — L'ulcération de la fourchette est complètement guérie. La ponction de bubon a été suivie de deux

ulcérations profondes autour desquelles la peau est rouge violacée.

Observation VI

(Service de M. le professeur Gaucher.)

M^{lle} P... Juliette, 18 ans, mécanicienne.

Le 20 juillet 1911. — Dans les plis radiés de l'anus se trouvent trois ulcérations à fond suppurant, à bords irréguliers et décollés s'accompagnant d'une adénopathie inguinale bilatérale, surtout marquée à gauche. *Réaction de Wassermann* négative.

Traitement : Teinture d'iode.

Le 3 août 1911. — La malade se plaint de douleurs très vives à l'anus. Les ulcérations persistent toujours.

Le 20 août 1911. — Amélioration des ulcérations; cicatrisation presque complète; douleurs dans l'aîne.

Le 27 août 1911. — La malade suit sur sa demande; les ulcérations sont presque complètement cicatrisées.

Le 19 octobre. — Elle rentre de nouveau à l'hôpital; Présente à la face interne de chaque grande lèvre une série de papules lenticulaires qui s'accompagnent d'une adénopathie inguinale bilatérale. Il s'agit de syphilides vulvaires.

Au pourtour de l'anus, des condylomes acuminés.

Réaction de Wassermann positive.

Observation VII

(Service de M. le professeur Gaucher.)

M^{lle} H..., 20 ans, lingère.

Le 9 juin 1909. — Depuis trois semaines, chancre mou anal. Engorgement ganglionnaire bilatéral à caractères nettement aigus.

Le 14 septembre 1909. — Vient pour mal de gorge ; ulcération de l'amygdale gauche jaunâtre, on y a trouvé de nombreux spirochètes.

Roséole de retour.

Observation VIII

(Service de M. le professeur Gaucher.)

M. B... Jacques, 18 ans, journalier.

Le 10 septembre 1910. — Entre pour un phimosis inflammatoire, datant de trois semaines. Douze jours après un cont suspect il a vu dans le sillon balano-preputial une petite ulcération, puis le phimosis s'est établi et actuellement il ne permet pas de voir les lésions sous-jacentes. Par l'orifice preputial s'écoulent en abondance des sécrétions purulentes. On ne sent sous le prépuce, en aucun point, d'induration. Adénopathie bilatérale inguinale sans rougeur ni œdème.

Traitement. — Grands lavages sous le prépuce.

Le 25 septembre 1910. — Sort amélioré.

Le 23 octobre. — Herpès du fourreau de la verge. Phimosis inflammatoire. Induration nette du gland à droite. Adénopathie bilatérale inguinale.

Traitement. — Pilules de Dupuytren.

Le 6 novembre 1910. — Syphilides papulo-croûteuses du cuir chevelu et disséminées sur le corps.

Observation IX

(Service de M. le professeur Gaucher.)

M. B... François, 47 ans.

Le 8 janvier 1911. — Chancre syphilitique de la face interne du prépuce datant de trois semaines. Bubons gauche et droit suppurés.

Traitement. — Benzoate de Hg 0,02.

Le 16 janvier 1911. — Ponction du bubon gauche et lavage à l'état d'éther iodoformé.

Le 25 janvier ponction du bubon droit par le même procédé.

Le 1^{er} février 1911. — Incision du bubon droit.

Le 15 février 1911. — Incision du bubon gauche.

Le 5 mars 1911. — Deuxième incision du bubon gauche.

Le 1^{er} avril 1911. — Les bubons gauches sont guéris.

Le 16 avril 1911. — Sort sur sa demande, avec le bubon droit non guéri.

Observation X

(Service de M. le professeur Gaucher.)

M. S. Luc, 24 ans, valet de chambre.

Le 13 janvier 1912.

Le 1^{er} décembre 1911 apparition d'un chancre cutané préputial à la face antérieure près du limbe: les bords étaient décollés. M. le D^r D... a trouvé des *bacilles de Ducrey* mais pas de tréponème.

Depuis cette époque cette vaste ulcération s'est en partie cic-

trisée, et actuellement elle est en voie de guérison. Son aspect n'a rien de typique. On note un *léger phimosis inflammatoire d'apparition* récente qui permet en partie de décalotter.

Base indurée. — Aspect propre, non suppurant.

Depuis une dizaine de jours un bubon inflammatoire s'est *abcédé* dans l'aîne gauche.

Pas d'accidents secondaires ; mais on pense à la possibilité de chancre mixte, on pratique la réaction de *Wassermann* qui est *positive*.

Observation XI

(Service de M. le professeur Gaucher.)

M. B. Édouard, 23 ans, cintreur.

Le 24 janvier 1912. — Chancres mous du sillon balano-préputial qui ont débuté il y a une dizaine de jours. *Coût il y a 15 jours* ; trois ou quatre jours après, petites ulcérations multiples suppurantes de la face interne du prépuce. Un des chancres a la base indurée. Petits ganglions inguinaux à droite.

Traitement. — Lavages. Orthoforme.

Le 6 février. — Entre à l'hôpital pour un ganglion inguinal droit énorme, douloureux qui a paru 15 jours après le début des chancres.

Les petites ulcérations préputiales se cicatrisent. •

Elles sont actuellement d'aspect *propre* de couleur *chair musculaire* nettement *indurées* à la palpation, débordées par un bourrelet. Pas de lésions cutanées. La *Réaction de Wassermann* est *négative*.

Le 15 février 1912. — Piqûre de benzoate de Hg. depuis le

7 février. Les ulcérations multiples qui entourent le sillon sont presque complètement cicatrisées mais ont l'aspect de cicatrices de chancres syphilitiques.

Le 16 février 1912. — Le malade sort sur sa demande. Le ganglion a diminué et est maintenant de type syphilitique.

Le 4 mars 1912. — Le malade revient avec une induration non douteuse d'une des ulcérations à fond vermoulu, avec res-saut cartilagineux.

On fait la réaction de Wassermann pour une seconde fois et elle est positive.

Observation XII

(Service de M. le professeur Gaucher.)

M. L. François, 29 ans, charretier.

Le 5 février 1912. — Depuis huit jours, apparition de trois ulcérations du sillon balano-préputial, l'une sur le bord supérieur, nettement arrondie et lisse, donnant l'impression d'un volet qui se rabat quand le malade décalotte ; l'autre à droite en voie de cicatrisation. A gauche, l'existence d'une ulcération à bords irréguliers.

Depuis huit jours également, bubon inguinal droit enflammé.

Pas de lésions cutanées ou muqueuses.

On pratique la réaction de Wassermann qui est positive.

Observation XIII

(Service de M. le professeur Gaucher.)

M. K. Léon, 19 ans, tourneur.

Le 5 février 1912. — Coût suspect il y a un mois.

Depuis quinze jours, apparition presque simultanée de quatre

chancres du limbe préputial, en couronne. Actuellement : un grand chancre *propre*, quoique ulcéreux, à bord lisse à *base indurée* ; un plus petit, à bords décollés, irréguliers, suppurants. Deux fissures molles suppurantes. Babon droit suppuré depuis huit jours. Ganglions indurés, indolores à gauche.

Phimosis inflammatoire.

Observation XIV

(Service de M. le professeur Gaucher.)

M. V. Auguste, 31 ans, journalier.

Le 10 février 1912. — Début, il y a un mois, par une ulcération suppurante dans la rainure balano-préputial suivie, huit jours après, de phimosis inflammatoire empêchant de déca-lotter.

Actuellement : phimosis inflammatoire, verge en battant de cloche. Ulcérations multiples, en fissures, suppurantes, à fond jaune, des plis préputiaux.

Adénopathie inguinale bilatérale, surtout marquée à gauche où elle est légèrement douloureuse.

Pas d'accidents cutanés.

On pratique la réaction de Wassermann qui est positive.

Le 2 mars 1912. — Sort sur sa demande.

Observation XV

(Service de M. le professeur Gaucher.)

M. P..., 22 ans, garçon de café.

Le 11 août 1910. — Entre pour un phimosis inflammatoire avec la verge en battant de cloche, datant de deux mois. *Indu-*

ration marquée. Grosse adénopathie indolente et dure à droite. A travers l'orifice *préputial induré et rétréci* on voit de petites ulcérations arrondies, à bords décollés, profondes, ressemblant à des chancres mous.

Le 3 septembre 1910. — Les chancres mous sont incomplètement cicatrisés et le phimosis persiste. Sur le fourreau de la verge une nouvelle ulcération consécutive dit le malade au grattage et qui semble bien être un chancre mou d'auto-inoculation.

Le 12 septembre 1910. — On pratique la réaction de Wassermann qui est positive.

Le 14 décembre 1910. — Entre à l'hôpital.

Verge œdématiée. Phimosis inflammatoire. Plaques muqueuses sous-préputiales avec infection secondaire.

Plaques muqueuses hypertrophiques anales et syphilides papuleuses hypertrophiques péri-anales.

Observation XVI

(Service de M. le professeur Gaucher.)

M. L. Robert, 20 ans, couvreur.

Le 22 octobre 1910. — Entre à l'hôpital pour chancres mous du limbe préputial et de la face interne du prépuce avec phimosis inflammatoire datant de trois semaines.

Lorsqu'on essaye de refouler le prépuce en arrière, on étale un grand nombre de petites ulcérations, les unes arrondies, les autres fissuraires à bords décollés, suppurantes.

Adénopathie inguinale inflammatoire avec rougeurs et douleurs et vaste empâtement.

Traitement. — Lavages. Iodoforme.

Le 2 novembre 1910. — Ponction du bubon. Lavage de la cavité à l'éther iodoformé.

Le 6 novembre 1910. — Sort sur sa demande. Les chancres mous sont cicatrisés ainsi que le bubon.

Le 5 décembre 1910. — Le malade entre de nouveau à l'hôpital pour phimosis inflammatoire avec la verge en « battant de cloche ». A la palpation on sent une induration sous-préputiale.

Roséole.

Traitement. — Piqûres de benzoate de Hg.

Le 18 décembre 1910. — Sort sur sa demande non guéri.

Le 14 janvier 1911. — Phimosis persiste.

Observation XVII

(Service de M. le professeur Gaucher.)

M. B. Louis, 27 ans, employé.

Le 15 novembre 1910. — Chancre du sillon balano-préputial depuis trois semaines. Aspect de chancre mou mais la base est indurée. Il occupe à la fois le gland et le repli préputial. Grosse adénopathie à droite.

Le chancre balano-préputial est très creux à fond suppurant, mais nettement induré. On pratique un examen à l'ultra-microscope qui est positif.

Observation XVIII

(Service de M. le professeur Gaucher.)

M. M. Henri, 24 ans.

Le 7 janvier 1911. — Chancre de la verge diagnostiqué, chancre mou en octobre 1910. Le 20 novembre, apparition d'une roséole.

Plaques amygdaliennes depuis un mois.

Actuellement, verge en battant de cloche. Impossibilité de décalotter. Induration sous-préputiale. Adénopathie inguinale bilatérale. Traces de roséole. Papules syphilitiques dans le pli interfessier. Papules dans le dos. Syphilides papulo-croûteuses du cuir chevelu. Plaques muqueuses amygdaliennes.

Observation XIX

(Service de M. le professeur Gaucher.)

M. R. René, 17 ans,

Le 18 juin 1911. — Chancres mou de la face interne du prépuce, datant de quinze jours et survenu quatre jours après son premier et unique coït. Ce chancre mou suppurait assez abondamment, mais depuis dix jours environ le malade a un phimosis très marqué; il ne peut pas décalotter. Pas d'accidents secondaires syphilitiques.

Le 24 juillet 1911. — Roséole.

Observation XX

(Service de M. le professeur Gaucher.)

M. J. Louis, 31 ans, crémier.

Le 19 août 1911. — Entre à l'hôpital pour chancre mou, unique siégeant sur le sillon balano-préputial à droite du frein, datant de trois semaines et actuellement en voie de cicatrisation.

A gauche, adénite inguinale survenue deux ou trois jours après le chancre et augmentant depuis progressivement.

Actuellement, la peau est rouge et tendue, chaude et douloureuse à la pression.

Traitement. — Poudre d'iodoforme et compresses humides sur le bubon qui est en voie de suppuration.

Le 21 août 1911. — Alors que le chancre mouguérit, au même endroit apparaît une induration très nette qui fait supposer un chancre syphilitique et dont la période d'incubation cadre bien avec sa nature spécifique.

Traitement. — Piqûres de benzoate de Hg.

Le 25 août 1911. — Ponction du bubon.

Le 1^{er} septembre 1911. — Le bubon ponctionné ne s'est pas reproduit, ni fistulisé.

La réaction de Wassermann est refusée par le malade.

Le malade sort sur sa demande.

Observation XXI

(Service de M. le professeur Gaucher.)

M. C. Pierre, camionneur.

Le 2 décembre 1911. — Il y a deux mois environ, le malade a présenté très rapidement, à la suite d'un coït, deux ulcérations du sillon balano-préputial à gauche.

Plus récemment, il y a trois semaines, chancre du fourreau actuellement en voie de cicatrisation laissant une induration appréciable, de contours irréguliers. Pas de phimosis.

Il y a douze jours environ, un volumineux œdème de la verge. Le malade décalotte avec peine, toutefois on peut, difficilement, apercevoir deux ulcérations chancriformes.

Vers la même époque, apparition d'une double adénopathie inguinale actuellement d'aspect très inflammatoire,

A gauche : peau œdémateuse et rouge, adhérente à un bubon de volume d'un œuf de pigeon, non ulcéré.

A droite : Deux énormes bubons ramollis dans le triangle de Scarpa. En outre, en regard de l'anneau inguinal externe droit, nouvelle tuméfaction inflammatoire. Lymphangite du fourreau de la verge.

Dans le doute, on a commencé le traitement par le benzoate de Hg. On fait la réaction de Wassermann qui est positive.

Le 4 décembre 1911. — Incision au bistouri du bubon droit. Les bubons inguinaux ont l'aspect de chancres mous.

Observation XXII

(Service de M. le professeur Gaucher.)

M. M. Fernand, 30 ans, électricien.

Le 28 décembre 1911. — Depuis un mois et demi chancre sur la partie postérieure du raphé scrotal ; des chancres successifs multiples s'étendent ensuite sur la partie antérieure de ce raphé. Puis depuis un mois la verge elle-même est atteinte de chancres multiples.

Actuellement : trois chancres irrégulièrement arrondis, anfractueux, à bords décollés, à fond jaunâtre, *sur le raphé scrotal* ; ces chancres s'unissent par place d'où l'aspect polycyclique. En arrière, il existe une très vaste ulcération allongée dans le sens antéro-postérieur semblant provenir de l'union de chancres multiples et ayant également les caractères d'un chancre mou à la vue.

Sur la verge : Phimosi inflammatoire depuis un mois et double série de lésions.

Sur le limbe : Chancres multiples avec bords décollés mais épaissis, à fond irrégulier.

Sur le fourreau, près du limbe, face supérieure de la verge, un vaste chancre ovalaire ayant les mêmes caractères objectifs.

Mais à la palpation de toutes ces lésions, on est frappé de trouver une induration très manifeste aussi bien à la verge qu'au scrotum. Le phimosis inflammatoire est induré.

Adénite gauche, bubon inflammatoire douloureux depuis quinze jours.

Pas d'autres lésions cutanées ou muqueuses.

Traitement. — Piqûres de benzoate de Hg.

Réaction de Wassermann positive.

Le 1^{er} janvier 1912. — Le matin, le malade montre une éruption de taches rosées de la face et du tronc (roséole).

Observation XXIII

(Service de M. le professeur Gaucher.)

M. M. Marcel, 26 ans, journalier.

Le 9 décembre 1911. — Entre pour un chancre induré sous-préputial. Phimosis scléreux, verge en battant de cloche. Début de la roséole.

La maladie a commencé par un chancre mou suppurant en septembre 1911, il y a trois mois. A ce moment, le malade pouvait décalotter. L'induration et phimosis datent d'un mois. Le bubon est arrivé trois semaines après le chancre. Il s'est abcédé au mois d'octobre alors que le premier chancre était guéri.

Traitement. — Piqûres de benzoate de Hg.

Le 14 décembre 1911. — L'amélioration n'est pas très sensible. Plaques muqueuses cutanées,

Le 1 janvier 1912. — N'a fait aucun traitement depuis quinze

jours, aucune amélioration. Rentre à l'hôpital. Verge tuméfiée en battant de cloche, non enflammée, pâle, violacée, froide.

Traces de bubon abcédé à droite ; autour et dans les deux aînes, ganglions durs, froids, de type syphilitique.

Plaque muqueuse sur la lèvre supérieure.

Le 11 janvier 1912. — Sort sur sa demande non guéri.

Résumé d'après l'analyse de M. Gougerot :

Le malade aurait eu en septembre un chancre mou suppurant, avec bubon. Depuis le mois de novembre il a un phimosis scléreux, et au début de décembre il a eu la roséole.

Observation XXIV

(Service de M. le professeur Gaucher)

M. G... Victor, 26 ans.

Le 26 décembre 1911. — Depuis une dizaine de jours deux chancres du prépuce ressemblant à des chancres mous, indurés cependant.

Il y a dix jours, il n'existait sur le sillon, à gauche du frein, qu'une ulcération allongée. A la consultation de Saint-Louis on pense à un chancre mou.

Puis un deuxième chancre arrondi, lenticulaire est apparu depuis huit jours.

Actuellement il s'agit d'ulcération, à fond jaune, légèrement anfractueux, simulant des chancres mous.

Mais il existe de l'induration et un état inflammatoire avec rougeur de la muqueuse dans le voisinage immédiat des ulcérations qui accroît encore cette infiltration avec induration. En outre dès le début des chancres, adénopathie inguinale gauche

douloureuse, la peau à ce niveau garde la coloration normale. Pas d'autres accidents. La réaction de Wassermann est négative.

Traitement: piqûres de benzoatę de Hg.

Le 27 janvier 1912. — Le malade sort sur sa demande, sans accidents cutanés, chancre guéri.

Le 31 février 1912. — La réaction de Wassermann faite une seconde fois est positive.

Le malade demande à entrer à l'hôpital.

Bubon gauche fistulisé depuis vingt jours. En outre, extension de la chancrille aux téguments voisins, d'où vaste région indurée et enflammée, les lésions s'étendant du côté du sillon génito-crural.

Le 14 mars 1912. — Malade sort sur sa demande.

Le 30 mars 1912. — Bubon récidivé.

Traitement: pansements humides.

Observation XXV

(Service de M.le professeur Gaucher.)

M. K... Salomon, 31 ans, journalier.

Le 18 décembre 1911. — Depuis huit jours chancre du fourreau, à la base de la verge.

Ulcération aufractueuse, profonde, suppurante, qui simule au premier abord un chancre mou, à bords irréguliers, déchiquetés, décollés, à fond vermoûlu. Adénite inguinale droite douloureuse, à peau rouge, œdémateuse. Mais on constate un bourrelet entourant l'ulcération et de l'induration. Dans l'aîne gauche on trouve des ganglions durs, mobiles, indolents.

La réaction de Wassermann est positive.

Le 1^{er} janvier 1912. — Le chancre est guéri. Bubon suppuré.

Observation XXVI

(Service de M. le professeur Gaucher.)

M. C... Marius, employé de commerce.

Le 20 janvier 1912. — Depuis le 5 décembre une ulcération du frein de nature douteuse, qui au début et pendant quinze jours a suppuré, est devenue une ulcération propre ; mais ne s'est pas cicatrisée.

Actuellement il existe à ce niveau une ulcération plane en voie de cicatrisation, de couleur chair musculaire, avec une induration douteuse.

Depuis le 5 janvier adénite inguinale gauche en voie de suppuration.

La réaction de Wassermann est positive.

Le 28 janvier 1912. — Malade sort sur sa demande.

Observation XXVII

(Service de M. le professeur Gaucher.)

M. B..., 25 ans, coiffeur.

Le 18 septembre 1909. — Le malade entre à l'hôpital pour un paraphimosis chancrelleux datant de huit jours. Le chancre mou du frein s'étend en longueur depuis le méat à 3 centimètres environ et date de trois semaines.

Paraphimosis date seulement de huit jours.

Adénopathie inguinale bilatérale légère surtout marquée à gauche.

Traitement. — Paraphymosis est réduit. Pansements humides.

Le 27 septembre 1909. — Amélioration notable, plus d'œdème.

Le 11 octobre 1909. — L'examen à l'ultra-microscope n'a donné aucun résultat.

Le 27 octobre 1909. — Le malade a actuellement une adénite inguinale à caractères nettement inflammatoires.

Le 7 novembre 1909. — Le malade sort guéri.

Le 2 décembre 1909. — Le malade présente une roséole généralisée.

Traitement. — Piqûres de benzoate de Hg:

CONCLUSIONS

Le chancre mixte est dû à l'inoculation simultanée ou successive du chancre mou et de la syphilis.

L'aspect sous lequel il se présente est variable, tantôt se rapprochant du chancre mou tantôt du chancre syphilitique.

L'induration du chancre mixte est fréquente mais non constante et ne survient en général que tardivement.

Le chancre mixte est compliqué souvent de phimosis et d'adénopathie aiguë.

Le chancre mixte débute ordinairement comme un chancre mou. Puis les modifications, dues à la syphilis se produisent : le chancre s'indure, devient propre, sa couleur change.

Ces modifications peuvent être incomplètes ou manquer totalement.

Le diagnostic de la syphilis cachée par un chancre mou présente souvent de grandes difficultés.

Il n'est fait parfois que grâce à l'apparition de la roséole. Mais l'apparition de quelques caractères pro-

près au chancre syphilitique peut être de grande utilité, à savoir :

Induration de la base du chancre ;

Induration dans le voisinage de l'ulcération ;

Persistance, plusieurs jours après la disparition de la suppuration, d'une ulcération propre de couleur chair musculaire ;

Ganglions durs, mobiles, indolents, isolés ou associés, au bubon de la chancrelle ;

Phimosis induré.

D'autre part la recherche du tréponème à l'ultra microscope et la réaction de Wassermann peuvent aider au diagnostic.

Les auteurs ne sont pas d'accord sur la fréquence du chancre mixte : exceptionnel d'après les uns, il est fréquent et même très fréquent d'après les autres.

Les causes probables de divergences d'opinions sont : les grandes variations du chancre mou dans sa fréquence ; sa disparition amenant la disparition du chancre mixte ; la grande fréquence de la syphilis antérieure chez les sujets atteints de chancre mou et enfin, les difficultés du diagnostic.

Mais chez les sujets indemnes de syphilis jusqu'alors, un chancre semblant n'être qu'un chancre mou est très souvent un chancre mixte.

Les causes de la fréquence chez eux du chancre mixte sont :

Les conditions de la contagion (lorsque ces conditions sont suffisantes pour l'inoculation du chancre mou, elles le sont pour l'inoculation de la syphilis) ;

La grande fréquence de la syphilis contagieuse chez les sujets atteints de chancre mou ;

La possibilité de l'infection mixte successive.

Pour ces raisons, et ainsi que l'indique notre statistique, nous croyons que le chancre mixte est au moins aussi fréquent que le chancre mou survenu chez les sujets indemnes de syphilis.

Vu : le Président de la thèse

GAUCHER

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie

L. LIARD

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION.	7
Description du chancre mixte	9
Induration	11
Phimosis.	13
Adénopathie syphilitique	14
Adénopathie aiguë et mixte.	16
Variétés du chancre mixte.	18
Chancre mixte par inoculation simultanée de la syphilis et du chancre mou	18
Chancre mixte par inoculation successive	18
Évolution du chancre mixte dû à l'inoculation simultanée.	22
Durée du chancre mixte.	26
Époque d'apparition de la roséole	26
Diagnostic de la syphilis cachée par le chancre mou . . .	27
Fréquence du chancre mixte d'après les auteurs	29
Causes de divergences d'opinions.	31
Influence des variations de la fréquence du chancre mou sur la fréquence du chancre mixte.	32
Causes de la fréquence des chancres mixtes	37
Conditions de la contagion.	37
Fréquence de la syphilis contagieuse chez les sujets atteints de chancre mou.	39
Contagion mixte successive.	41
Fréquence du chancre mixte	42
OBSERVATIONS.	44
CONCLUSIONS	63

